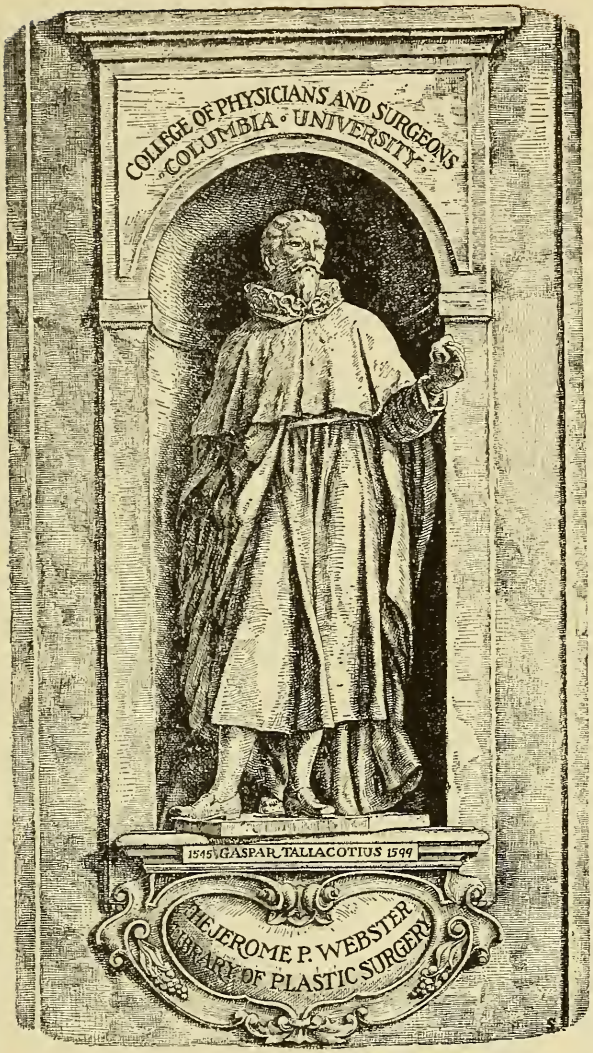
COLUMBIA LIBRARIES OFFSITE
HEALTH SCIENCES STANDARD
HX64059260
RD101 R44 1876 Ueber Beckenfracture
RECAP

Riedinger
...Ueber beckenfracturen

RD101 R44 1876



COLUMBIA UNIVERSITY
THE
LIBRARIES
IN THE CITY OF NEW YORK

Digitized by the Internet Archive
in 2010 with funding from
Open Knowledge Commons

http://www.archive.org/details/ueberbeckenfract00ried

RD 101
R 44
1876

Ueber Beckenfracturen.

Von

Dr. Riedinger,

Privatdocent der Chirurgie in Würzburg.*)

(Hierzu Tafel III.)

M. H.! Hauptabsicht ist es von mir, Sie heute mit zwei interessanten Präparaten von Beckenfracturen bekannt zu machen und dann, nach Besprechung und Demonstration dieser seltenen Exemplare, einige Punkte besonders in der Aetiologie der genannten Species von Fracturen zu berühren.

Das erste Präparat stammt von der Leiche eines 53 Jahre alten, kräftig gebauten Mannes, Namens Michael Brand aus Roedelsee in Unterfranken. Er wurde im December 1874 im königl. Juliushospital an Frostgangrän beider Füsse behandelt, verlor einige Zehen und konnte dann als geheilt entlassen werden. In seinem Gange zeigte sich nichts Unsicheres, nur war die rechte untere Extremität leicht verkürzt. Von der hier vorliegenden Verletzung hatte man keine Ahnung, und die in der Krankengeschichte niedergelegten anamnestischen Momente sind ausserordentlich spärlich. Sein früherer Gesundheitszustand war ein sehr günstiger. In seinem 21. Jahre erlitt er als damaliger bayerischer Unterofficier in Mannheim — es war im Jahre 1848 — einen Säbelhieb über das rechte Ellenbogengelenk. Zwar war er in verhältnissmässig kurzer Zeit wieder hergestellt, aber das betreffende Gelenk wurde theilweise ankylotisch.

Kurz darauf stürzte er aus einem hochgelegenen Fenster und musste in Folge dessen wieder in das Spital gebracht werden. Er will durch diesen Fall nur einen Bruch des Schlüsselbeines davongetragen haben, von dem man in der That auch noch die deutlichen Spuren constatiren konnte. Er wurde im Zusammenhange mit dieser letzten Affection aus dem Militärverbande als untauglich entlassen, und es ist jedenfalls gewiss, obwohl er nichts davon er-

*) Vortrag, gehalten in der vierten Sitzung des Congresses am 22. April 1876.

wähnt, dass er sich bei dem Fall aus dem Fenster die vorliegende Verletzung zuzog, um so mehr als kein späteres und kein früheres ätiologisches Moment vorhanden ist, und man weiss, dass derartige Verletzungen wohl am häufigsten bei solchen Gelegenheiten vorkommen. Seit jener Zeit war der Genannte bis auf die oben erwähnte Frostgangraen gesund, führte ein sehr unstetes Leben und wurde im abgelaufenen Winter eines Morgens in grimmiger Kälte bei dem Dorfe Versbach in der Nähe von Würzburg todt aufgefunden.

Bei der Section fanden sich ausser der erwähnten Clavicularfractur mehrere mit Dislocation geheilte Rippenbrüche und dadurch bewirkte starke Verlöthungen der Pleura, ebenso die nun näher zu erörternde Beckenfractur.

Betrachten wir das Präparat von vorn und innen, so fällt uns vor allen anderen Dingen auf, dass der grössere vordere Theil des Darmbeines höher steht, als der hintere. Es wird dadurch an der Crista ilei zwischen der vorderen und hinteren Partie des Darmbeines ein Ausschnitt gebildet. Von dort aus zieht sich krummlinig ein stark vorspringender Wall nach abwärts in die Incisura ischiadica major. Es ist dies die Bruchlinie, welche in den mittleren und unteren Partien in die Symphysis sacro-iliaca fällt. Die Fossa iliaca ist abgeflacht und das ganze Darmbein etwas nach aussen geneigt. Im oberen Drittel der Bruchlinie findet sich ein grösserer Canal, der auf die Aussenfläche des Darmbeines mündet. In der Mitte derselben existirt eine blind endende Vertiefung.

Eine zweite Bruchlinie findet sich am horizontalen Schambeinast, die von der Vereinigungstelle des Schambeins mit dem Darmbein beginnt und schräg nach vorn in das Foramen ovale mündet. Die Stelle ist durch einen starken Wulst markirt, in dem sich ein blinder Canal befindet. Der horizontale Schambeinast ist verkürzt, oben verbreitert und hat in seinem unteren Umfange im Foramen ovale einen durch eine dünne knöcherne Spange gebildeten Canal. Eine zweite Bruchlinie befindet sich zwischen dem absteigenden Schambein- und aufsteigenden Sitzbeinast, etwa der Verbindungslinie beider Knochen entsprechend, schräg von innen und oben nach unten und vorne gehend. Die Bruchlinie ist an der Aussenseite durch einen starken Knochenwall markirt. Eine vierte Bruchstelle lässt sich, mit Bestimmtheit jedoch nur an der Aussenseite, am Sitzbein erkennen. Dieselbe steigt in der Mitte desselben vertical nach abwärts. Die ganze Partie vor dem Hüftgelenk, oder die das Foramen ovale constituirenden Theile, sind in Folge dessen in der Richtung von oben nach abwärts über einen Centimeter verkürzt, so dass das Foramen ovale linkerseits in seinem Durchmesser von oben nach abwärts 5, rechterseits dagegen nur 4 Cmt. beträgt und eine mehr runde Gestaltung besitzt. Die Höhe vom Winkel des Sitzbeines bis auf die obere Fläche des Schambeinastes beträgt rechterseits 11, linkerseits nicht ganz 10 Centimeter. Ebenso verändert sind die räumlichen Verhältnisse des Beckens, indem sowohl der Beckenein- als ausgang verengert und verschoben sind.

Bei Betrachtung des Beckens von rückwärts springen uns die vorhin geschilderten Veränderungen, besonders die Verschiebung der ausgebrochenen Knochenpartien nach oben noch mehr in's Auge. Der Sitzbeinknorren sieht

mehr nach rückwärts, das Ligamentum tuberoso-sacrum hat linkerseits eine Länge von 6, rechterseits dagegen nur eine von 4 Cmt.

Betrachten wir das Becken von der Aussenseite rechts, so finden wir die oben erwähnte Bruchlinie des Os ilei noch deutlicher ausgesprochen. Sie geht von der höchsten Stelle der Darmbeingräte vertical nach abwärts in die Incisura ischiadica major und theilt somit das Darmbein in eine grössere vordere und kleinere hintere Partie. Die Breite des hinteren beträgt 7, die des vorderen 11 Cmt. Gleichzeitig findet man, dass das vordere Fragment sich nicht blos in die Höhe, sondern auch nach rück- und einwärts verschoben hat so dass eine Linie, welche man von der Spina anterior superior in gerader Richtung nach rückwärts durch das Darmbein legt, rechterseits 19, linkerseits nur 18 Cmt. beträgt. Die Incisura ischiadica major beträgt linkerseits an ihrem grössten Querdurchmesser 4, rechterseits nur 2½ Centimeter.

Alle diese Fracturen sind, wie man sich leicht überzeugen kann, vollständig consolidirt und haben, wie gesagt, dem Patienten während des Lebens wenig Beschwerden verursacht. Was die Aetiologie des Bruches anlangt, so scheint der Patient auf die Aussenseite des rechten Beckens gefallen zu sein. Durch die starke Gewalt wurde der vordere Theil des Darmbeines nach innen gedrückt; den grössten Widerstand, den dieser Druck erfährt, bildet das Os sacrum an seinem vorderen Umfang, welches gewissermassen das Hypomochlion darstellt. Das Nächste wäre eine Trennung der Symphysis sacro-iliaca, wenn der Bandapparat, der an der hinteren Seite das Kreuzbein mit dem Darmbein verbindet, (Ligamentum ileo-sacrum longum et breve) nicht ein sehr mächtiger wäre. Es bricht, wie es scheint, eher das Darmbein, und zwar, wie wir sehen, ganz in der Nähe der Vereinigungstelle mit dem Kreuzbein.

Die übrigen Fracturen erzeugen sich dann um so leichter, wenn die ganze Wucht auf das Schambein und Sitzbein abgeladen wird, und zwar meistens an ihren dünnsten Partien.

Das zweite Präparat stammt von einem 43jährigen Maurer Namens Michael Kressel aus Versbach. Derselbe wurde am 30. December vor. Jahres in die chirurgische Klinik des königl. Juliushospitals aufgenommen. Er war von einem Gerüste gestürzt, hatte sich eine Fractur des Vorderarmes, mehrere Contusionen und verschiedene Verwundungen der Weichtheile zugezogen. Gleichzeitig litt er an hochgradigen Stricturen der Urethra nebst fortwährendem Harnträufeln. Aus der Anamnese erfährt man, dass dies die Folge einer vor 2 Jahren erlittenen Verschüttung in einer Sandgrube sind. Man machte deshalb gegen Mitte Februar dieses Jahres die äussere Urethrotomie. Der Patient starb jedoch schon am 29. desselben Monats in Folge von retroperitonealen jauchigen Abscessen. Bei der Section fanden sich ausser anderen Veränderungen, besonders in der Blase, folgende interessante Fracturen am Becken: Die Bruchrichtungen sind so ziemlich dieselben wie beim vorigen Präparate, nur gestalten sich die Veränderungen und Dislocationen noch grösser. Das Darmbein ist fast ebenso wie am ersten Becken gebrochen; wir finden jedoch ein 3. Fragment, welches ein Dreieck vorstellt mit nach abwärts gerichteter Spitze. Es gleicht in Folge dessen die Fracturlinie an der Innen- und Aussen-

seite des Darmbeines einem Y. Vielleicht ist dieses Fragment erst später durch das Abbrechen der hinteren Kante des vorderen, oder der vordern Kante des hinteren Bruchstückes zu Stande gekommen. Beide Bruchlinien fliessen etwa in der Mitte des Darmbeines in einem spitzen Winkel zusammen und münden dann in die Symphysis sacro-iliaca ein. Die Höhe des Dreiecks beträgt 4, die Basis an der Crista ilei 5 Cmt. Der horizontale Schambeinast ist schräg von vorn und aussen nach innen und hinten fracturirt. Beide Fragmente zeigen eine Diastase von fast 2 Centimt. und sind an der vordern und untern Partie durch einen spangenförmigen, unregelmässigen Callus verbunden, welcher in der Mitte ein rundes Loch zeigt. Eine weitere Bruchlinie geht durch den aufsteigenden Sitzbeinast. Beide Fragmente zeigen ebenfalls eine starke Diastase von 1 Cmt., die durch einen wulstigen, stalactitenförmigen Callus theilweise, besonders an der hintern und obern Partie, erfüllt ist. Die ausgebrochene Partie ist gleichfalls wie beim vorigen Becken auf-, ein und rückwärts um circa 1 Cmt. verschoben. Die räumlichen Verhältnisse des Beckenein- und Ausgangs sind ebenfalls bedeutend beeinträchtigt, so z. B. beträgt der linke schräge Durchmesser 14, der rechte dagegen nur 12 Centimeter.

Betrachten wir das Becken von rückwärts, so sehen wir, dass das Darmbein ausser der vorhin erwähnten Bruchlinie noch eine weitere besitzt, welche schräg von oben und vorn nach unten und rückwärts läuft und das hintere Fragment des Darmbeines in ein oberes und unteres theilt. Das letztere hat ausserdem noch eine Fissur, welche von unten und vorn nach hinten und oben läuft. Am Anfang dieser Linie befindet sich eine grössere dreieckige Lücke, der man es ansieht, dass die weiter oben stark vorspringende Kante des vorderen Darmbeinfragmentes hineinpasst. Die Incisura ischiadica major ist ebenfalls bedeutend verschmälert. Die Fracturen des Darmbeines sind durch eine wulstige, poröse Knochenmasse vereinigt.

Die Gewalteinwirkung, welche diese Comminutivfractur erzeugte, scheint hier eine viel stärkere gewesen zu sein und jedenfalls noch complicirter als bei dem vorigen Bruch, was bei einem Verschüttetwerden in einer Grube nicht Wunder nimmt. An weiblichen Individuen wären solche Verschiebungen und Raumbeschränkung beim Geburtsacte jedenfalls von schweren Folgen gewesen.

Was die Häufigkeit der Beckenfracturen anlangt, so werden dieselben von allen Autoren übereinstimmend als sehr selten angegeben. In Gurlt's Handbuch der Lehre von den Knochenbrüchen, der reichhaltigsten Fundgrube für die Literatur der Brüche, ist aus 8 verschiedenen Hospitälern eine vergleichende Statistik niedergelegt, welche ergiebt, dass im Hôtel-Dieu in 11 Jahren unter 2347 Fracturen 9, im Pennsylvania-Hospital zu Philadelphia a) in 87 Jahren unter 1810 Fracturen 8, b) in 12 Jahren unter 1441 Fracturen 10, im New York-Hospital in 12¼ Jahren unter 1722 Fracturen 23, im Prager allgemeinen Krankenhause in 12 Jahren unter 1086 Fracturen 20, im Breslauer Allerheiligen-Hospital in 4¾ Jahren

unter 325 Fracturen 8, im Londener Middlesex-Hospital in 6 Jahren unter 1901 Fracturen 7, in der Halleschen Klinik und Poliklinik in 25 Jahren unter 778 Fracturen 7, in den Berliner Hospitälern in 5 Jahren unter 1631 Fracturen 16 Beckenfracturen sich finden. In der chirurgischen Klinik des Juliushospitals zu Würzburg fand sich vom August 1870 bis August 1873 unter 159 Fracturen nur eine des Beckens. Es beträgt also, wie auch Bardeleben in seinem Lehrbuche der Chirurgie und Operationslehre mit Rücksicht auf die Gurlt'sche Statistik erwähnt, die Frequenz etwa 0,3%.

Was die einzelnen Beckenknochen betrifft, so scheint am häufigsten das Schambein zu brechen. Ob der horizontale oder absteigende Ast des Schambeins häufiger fracturirt, ist ein Punkt, in dem die Angaben differiren. Während Wernher in seinem Handbuche der allgemeinen und speciellen Chirurgie erwähnt, dass von 8 gebrochenen Becken die ihm zur Verfügung standen, fünfmal der absteigende Ast fracturirt war, finden sich in den 21 von Streubel gesammelten Fällen 10 des horizontalen und nur 2 des absteigenden Schambeinastes. Dann folgt in der Frequenz das Os ilei, dann das Os ischii, dann die Pfanne und schliesslich das Os sacrum. Sehr häufig brechen aber, wie dies auch unsere Präparate zeigen, mehrere Bestandtheile des Beckens gleichzeitig. Die Fracturen des Schambeins sind in der Regel Schrägbrüche, die des Sitzbeins Querbrüche; am Darmbein dagegen kommen alle Arten von Brüchen vor. Die meisten sind entweder verticale, die das Darmbeim in eine vordere und hintere, oder horizontale, die es in eine obere und untere, meist ungleiche Hälften theilen. Ausserdem ist ein nicht seltener Bruch am Darmbein der der Crista ilei, die entweder in toto abbricht oder sich in ein vorderes kleineres und hinteres grösseres Fragment theilt. Ausserdem kommen nicht selten Fracturen der Spina anterior superior und inferior zu Stande.

Was die Prognose anlangt, so enden die meisten Beckenbrüche der Art lethal, theils sofort wegen der gleichzeitig eintretenden Gehirn- und Rückenmarkserschütterung, theils wegen innerer Blutungen oder in Folge von Peritonitis oder Verletzung von Beckenorganen. Hauptsächlich sind die Urethra und die Blase beim Bruch des horizontalen Schambeinastes gefährdet, wie dies Roser schon vor langer Zeit in seinem Handbuche der anatomischen Chirurgie mit Recht hervorgehoben hat, obwohl in 3 von den oben erwähnten Streubel'schen

Fällen trotz Verletzung des Schambeins keine Alteration der Harnorgane stattgefunden hatte, und auch in unserem ersten Falle dies nicht eintrat. Dass aber viele und selbst schwere Verletzungen des Beckens manchmal sogar leicht ertragen werden können, dafür sind unsere beiden Präparate sprechende Zeugen.

So verführerisch es nun auch wäre, auf die weiteren Einzelheiten besonders auf die Complicationen und Erscheinungen einzugehen, so will ich Sie doch nicht damit hinhalten, sondern zum Schluss in möglichster Kürze auf die Aetiologie zu sprechen kommen.

Während für die meisten Fracturen die bisherigen Erklärungsweisen: starker Druck, (wie dies häufig bei Eisenbahnarbeitern, die zwischen Puffer gerathen, vorkommt, oder beim Ueberfahren bewirkt wird), Schlag auf das Becken, Fall von beträchtlicher Höhe, Verschüttetwerden in Gruben, Verwundungen durch Projectile und unter Umständen auch Contrecoup genügen, so war es mir für einzelne Fracturen nicht möglich, dieselben Schädlichkeiten als causales Moment anzunehmen. Sie alle, m. H!, wissen, welch' starke Ein bussen die Lehre vom Contrecoup erlitten, seitdem man angefangen hat, die Rissfracturen genauer zu studiren. Wir kennen jetzt viele Brüche der unteren Epiphyse des Radius, der Malleolen, manche Brüche des Schenkelhalses, des Tuberculum majus humeri, der Patella, des Olecranon, des Fersenbeines und sogar des Vorderarmes als sogenannte Rissbrüche, indem entweder die Fractur durch den Zug, welcher an einem Bandapparate bewirkt wird, oder durch Muskelgewalt zu Stande gekommen ist. Es finden sich hierfür schon genügende Beispiele in der Literatur. Sie werden aber doch vielleicht erstaunt sein, zu sehen, dass ich diese Lehre von den Rissbrüchen auch auf einen Theil der Beckenfracturen übertragen will; aber wenn Sie die gleich zu besprechenden Species näher betrachten wollen, so werden Sie mir zugeben, dass uns diese Annahme die Brücke über manche Schwierigkeit schlägt, die sich uns an den andern Erklärungsweisen bei näherer Prüfung entgegenstellen.

Abgesehen davon, dass die Spina anterior inferior durch das Ligamentum Bertini bei starker Anspannung desselben, wie dies bei den Experimenten von Herrn von Linhart und mir erfolgte, abgerissen zu werden vermag, und auch die Spina anterior superior durch den Zug des Sartorius sich ablösen kann, war es zunächst

die Crista ilei, für deren Bruch mich die gewöhnlichen Annahmen nicht befriedigen wollten.

Wenn auch in jüngeren Jahren die Crista ilei, wo sie nur sehr locker mit dem Darmbein verbunden ist, leichter durch einen Fall auf das Darmbein sich ablösen kann, so muss uns doch Wunder nehmen, dass dies oft in der ganzen Ausdehnung derselben vorkommt, um so mehr als man weiss, dass der Berührungspunkt beim Falle oder Schlage kein allzu grosser ist, und die Loslösung deshalb nur an einer Stelle erfolgen sollte. Es muss also hier noch ein anderer Factor hinzutreten, der uns diese vollständige Ablösung erklären hilft, und das ist meiner Ansicht nach lediglich der Zug, den die an der Aussenseite der Crista inserirten Muskeln, nämlich Glutaeus magnus und medius ausüben, welche bekanntlich sehr stark sind und leicht dasselbe Resultat effectuiren können, das der Quadriceps an der Patella, der Triceps am Olcranon, die Supinatoren des Oberarms am Tuberculum majus u. s. w. bewirken. Auch der Umstand, dass die Crista häufig in eine kleinere vordere und grössere hintere Hälfte getheilt wird, lässt sich nur daraus erklären, dass der Glutaeus magnus sich an den kleineren vorderen, der Glutaeus medius dagegen sich an den übrigen Theil ansetzt. Ferner ist die Crista ilei stark nach aussen geneigt und kann schon deshalb leichter abgezogen werden.

Noch mehr muss uns aber diese Fractur zu denken geben, wenn sie sich in derselben Richtung und Ausdehnung bei älteren Individuen ereignet, wo eine vollständige Verwachsung eingetreten ist. Bardeleben erwähnt in seinem Lehrbuche der Chirurgie und Operationslehre einen solchen Fall von Fractur, doch ist mir leider die Art und Weise, wie sie zu Stande kam, unbekannt. Derartige Fracturen sind nicht wohl denkbar, ohne zu einem weiteren Erklärungsversuche zu greifen, und ist es mir sogar wahrscheinlich, dass die Fracturen, die sich etwas weiter unten ereignen und das Os ilei in eine obere kleinere und untere grössere Hälfte theilen, durch einen ähnlichen Mechanismus bewirkt werden, wo gleichzeitig noch die Muskelkraft des Glutaeus min. hinzukommt. Es wird diese Aufgabe um so leichter, als die Musculatur sehr stark ist und das Darmbein in dieser Richtung am wenigsten Widerstand besitzt. Auch die Experimente an der Leiche sprechen für diese Erklärungsweise, da durch Schlag oder Druck auf die Aussenseite meist ver-

ticale Fracturen des Darmbeines, ähnlich den vorliegenden, oder Schrägbrüche zu Stande kommen, die den vorderen Theil des Darmbeines abbrechen.

Leider kann ich hierfür noch nicht durch klinische Thatsachen Beweise bringen, werde dies aber, so bald es mir möglich ist, thun.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel III.

Figur 1. stellt das erste Präparat von innen und vorn dar.
- a Bruchlinie durch das Darmbeim.
- b » » » Schambein.
- c » zwischen aufsteigendem Sitz- und absteigendem Schambeinast.
- d Vorsprung des vorderen Fragmentes des Os ilei.

Figur 2. das Becken von hinten.
Figur 3. » » » der rechten äusseren Seite.
Figur 4. Innere und vordere Ansicht des zweiten Präparates.
- a Bruchlinien im Darmbein.
- b Bruchlinie des horizontalen Schambeinastes.
- c » » Sitzbeines.

Figur 5. Ansicht von hinten.

Ergotin gegen erfrorene Nasen.

Von

Dr. Riedinger,

Docenten der Chirurgie in Würzburg.*)

M. H! In den nachfolgenden Worten möchte ich Ihre Aufmerksamkeit auf eine Affection richten, an der man in der Praxis in der Regel leichten Schrittes vorübergeht und im gegentheiligen Falle wenig Lorbeeren erntet, ich meine nämlich die erfrorenen Nasen. Man hat sich, durch die vielen Misserfolge abgeschreckt, daran gewöhnt, wenig oder gar nichts dagegen zu thun,

*) Vortrag, gehalten in der vierten Sitzung des Congresses am 22. April 1876.

und ich darf Sie nicht mit Aufzählung aller vorgeschlagenen und angewendeten Mittel aufhalten, nur an einen Fall will ich Sie erinnern, nämlich an den, welchen Billroth in seiner allgemeinen chirurgischen Pathologie und Therapie erwähnt. Mit ungewöhnlicher Geduld machte der standhafte Patient die ganze Scala aller anwendbaren Mittel durch; er ertrug die verschiedensten Farbennuancen, um schliesslich wieder mit seinem alten Colorit vorlieb nehmen zu müssen. Selbst die operativen Eingriffe, die man in dieser Beziehung unternahm, waren so ziemlich erfolglos.

All' das war mir gegenwärtig, als mich vor einiger Zeit eine Anfangs der Dreissiger stehende Dame mit einem solchen Leiden consultirte. Ich konnte sie nicht länger trösten, da sie schon verschiedene Mittel erfolglos durchprobirt hatte und musste deshalb auf etwas Neues sinnen.

Nun hat bekanntlich Herr von Langenbeck im Jahre 1869 den Nachweis geliefert, dass Einspritzungen von Ergotin im Stande sind, selbst grössere Gefässlumina dauernd zu verengen. Weil nun der Schwerpunkt bei unserer Affection in einer constanten Erweiterung der Capillaren und circumscripter Gefässbezirke der Nase liegt, so kam mir die Idee, dass man vielleicht durch Anwendung des genannten Mittels etwas zu erreichen im Stande wäre, und die Dame ging auch auf meinen Vorschlag ein.

Am 13. Januar 12 Uhr Mittags machte ich die erste Injection. Ich verwendete dazu die Bonjean'sche Lösung, die auch Herr von Langenbeck gebrauchte, nämlich Extract. Secal. corn. aquos. 2,5 — Spirit. vin. rectif. und Glycerin. aa 7,5 und gab etwa ein Sechstel der Pravaz'schen Spritze. Die Injection wurde genau auf der Nasenspitze gemacht, die Stelle wölbte sich kugelig hervor, aber als ich die Spritze herauszog, floss der grösste Theil der Injectionsmasse wieder aus. Gleichzeitig trat aus dem Stichcanal eine ziemlich starke Blutung auf, die erst nach längerer Compression stand.

Die Reaction auf diesen Eingriff war eine ganz geringe; es trat weder Schwellung noch sonst Unangenehmes auf; nur über leichte Kopfschmerzen hatte die Kranke zu klagen. An der Nase selbst hatte sich wenig verändert, die Ränder der beiden Nasenflügel schienen etwas blasser geworden zu sein.

Trotz des Misserfolges hatte die Patientin das Vertrauen nicht verloren. Am 28. Januar machte ich zwei weitere Injectionen.

Da nun bei der ersten, die etwas weiter oben als die frühere, aber doch noch im Bereich der Nasenspitze gemacht wurde, wieder von der injicirten Flüssigkeit herausrann, so nahm ich sogleich eine zweite in der Gegend des oberen Drittels der Nase vor, wo man leicht eine Hautfalte erheben kann. Es floss diesmal nichts aus, auch blutete der Stichcanal nicht, was bei dem zweiten in erheblichem Grade vorhanden war und längere Zeit fortdauerte. Die Dame hatte während der Injection und kurz darauf ausser dem Schmerz, den sie beim Einstechen empfand, nichts zu klagen. Gegen Abend jedoch liess sie mich rufen, sie hatte viel Kopfschmerzen, Ohrensausen und Neigung zu Ohnmachten. Das Gesicht war blass, es stand leichter Schweiss auf der Stirne und erinnerten mich diese Erscheinungen an die Symptome einer leichten acuten Gehirnanaemie. All' das ging jedoch ziemlich rasch vorüber. Am nächsten Tage bekam die

Kranke eine Angina tonsillaris, die jedoch auf Bepinselung mit Argent. nitric. rasch verschwand. Zu meiner grössten Freude fand ich diesmal aber die vorher stark blauroth aussehende Nase bedeutend abgeblasst, nur an den letzten Injectionsstellen befand sich eine circumscripte Röthe. Dieser Zustand hielt an; die Röthung an den genannten Stellen nahm nach einigen Tagen ab; aber im zweiten Injectionscanal bildete sich eine kleine runde Stelle, die immer weicher wurde und schliesslich Fluctuation zeigte, so dass ich nach einigen Tagen, in der Hoffnung dort einen kleinen Abscess zu finden, mit einem feinem Bistouri einen Einstich machte. Es entleerte sich jedoch nur wässrig aussehendes Blut mit einzelnen Klümpchen, die sich unter dem Mikroskop hauptsächlich als weisse Blutkörperchen erwiesen. Die Incisionsöffnung erhielt sich mehrere Tage und ich konnte durch leichtes Drücken dieses Resultat jedesmal wiederholen. Der gute Zustand verschlimmerte sich nicht nur nicht, sondern machte sogar noch einige Fortschritte, und zwar derart, dass selbst die Dame mit diesem Resultate zufrieden ist und nichts weiter verlangt, was, wie Sie alle wissen, beim schönen Geschlecht und ich darf hinzufügen bei dieser Affection, eine Seltenheit ist. Nur die Umgebung der beiden letzten Injectionsstellen ist noch etwas roth, ein Umstand, der sich aber ebenfalls im Laufe der letzten Zeit bedeutend gebessert hat.

Wenn auch dieser Fall bis jetzt ein ganz isolirter ist und ich mir darüber klar bin, dass er keinen endgiltigen Beweis liefert, so ist doch das Resultat ein sehr auffallendes. Das war ein Grund, warum ich die Sache hier zur Sprache brachte; der zweite und Hauptgrund ist aber der, Ihre Aufmerksamkeit auf den genannten Gegenstand zu lenken und selbst zu prüfen, ob Ergotininjectionen, gegen die sich vom theoretischen Standpunkte aus nichts einwenden lässt, in Zukunft in lohnender Weise bei diesem hartnäckigen Uebel angewendet werden können.

Was die Injectionsstellen betrifft, so würde ich vorschlagen, wegen des straffen Gewebes an der Nasenspitze, in der Umgebung zu injiciren, wo man eine Hautfalte bilden kann und die Injectionsmasse nicht sofort wieder heraussickert, was unter allen Umständen zu verhindern ist. Hinsichtlich der allgemeinen Erscheinungen die nach der letzten Injection auftraten, bin ich nicht abgeneigt, dieselbe auf Rechnung der Wirkung des Ergotins zu setzen.

Druck von Trowitzsch und Sohn in Berlin.

Fig. 1.

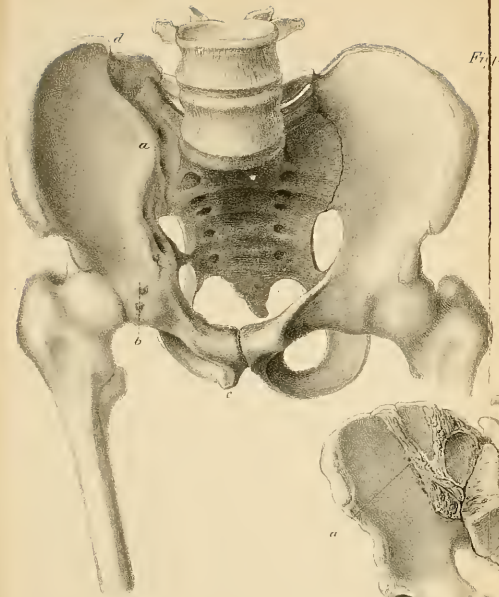


Fig. 3.

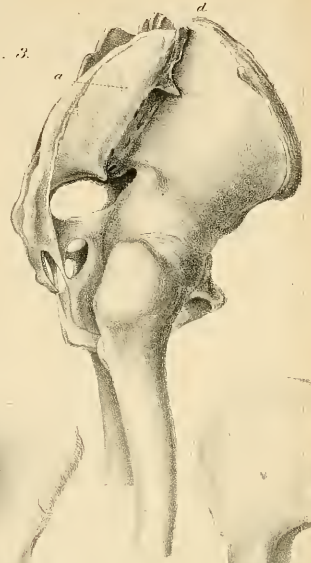


Fig. 2.

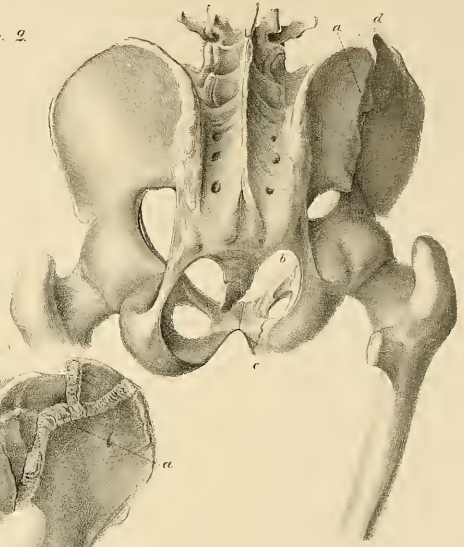


Fig. 4.

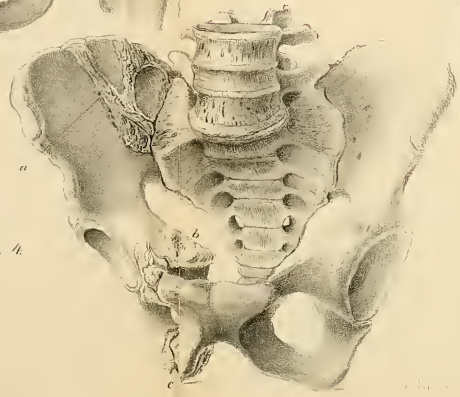
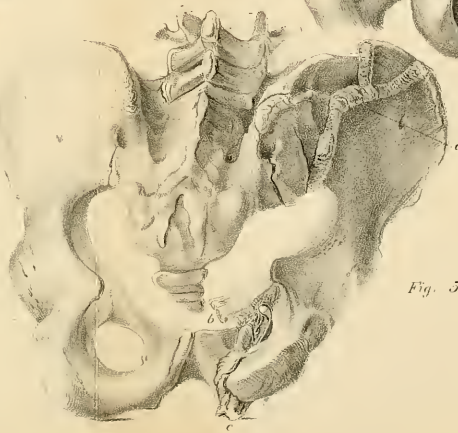


Fig. 5.



Gaylord
PAMPHLET BINDER
Syracuse, N. Y.
Stockton, Calif.

COLUMBIA UNIVERSITY LIBRARIES (hsl,stx)
RD 101 R44 1876 C.1
Ueber Beckenfracturen.
2002164191